

НОВЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Стоян Е.Ю., Соколова И.И., Рекова Л.П., Герман С.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) – неотъемлемая часть челюстно-лицевой области. Особенности строения ВНЧС, взаимосвязи его составляющих зависят от внутрисуставных связей, состояния челюстной лицевой области (ЧЛО), тонуса окружающих тканей. Исследования многих авторов свидетельствуют о том, что патология ВНЧС, среди заболеваний ЧЛО занимает, третье место после кариеса и заболеваний пародонта [9,10].

Одной из наиболее распространенных патологий ВНЧС является мышечно-суставная дисфункция (МСД ВНЧС). Частой причиной её развития считаются нарушения соотношений анатомических структур ВНЧС, как результат несогласованного сокращения жевательных мышц, макро- и микротравм, что приводит к развитию дистрофических процессов в тканях суставов [9]. Заболевание имеет достаточную распространенность – до 63% и разнообразную клинику [1,2,3,6].

Конечно, решающим моментом в поддержании полноценной функции жевательного аппарата принадлежит именно группе жевательных мышц, которые должны находиться в гармонии с окклюзией и ВНЧС. Понятие «мышцы» включает центральную и периферическую нервные системы. Существуют 4 стрессовые зоны, имеющие непосредственное отношение к МСД - состояние мышц, окклюзии, эмоциональный уровень и состояние сустава, дисбаланс между которыми, стимулирует развитие дисфункции в суставах [7]. Взаимодействие нарушений окклюзии и психофизиологическая реакция на стресс определяет, разовьется ли нормальная адаптация, или сформируется мышечный. Невозможно определить степень участия общих или локальных факторов в возникновении нарушений функций и структуры ВНЧС. Но их объединения достаточно для развития спазма жевательной мускулатуры и дисфункциональных расстройств в суставе.

Целью наших исследований стало изучение действия гомеопатического препарата «Traumeel®S» в комплексной терапии мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующая коррекция психоэмоционального состояния.

Материалы и методы. Проведен комплекс клинических и параклинических исследований у 15 пациентов (9 женщин и 6 мужчин), в возрасте от 22 до 40 лет, не имевших ортопедической патологии. Особое внимание обращали на характер условий жизни и труда и их влияние на психоэмоциональное состояние. Детально изучали стоматологический статус и состояние ВНЧС общепринятыми приемами.

Все пациенты были разделены на 2 группы: исследуемая – 8 человек, контрольная – 7 человек.

Консультативные заключения смежных специалистов (ортопедов-стоматологов, терапевтов-стоматологов, оториноларингологов, невропатологов, психотерапевтов). Исходя из положения о влиянии состояния органов ротовой полости на функцию ВНЧС, учитывали уровень санации, состояния зубных протезов и их функциональную состоятельность. При обследовании больных использовали функциональные пробы Петросова и Ильиной-Маркосян [10,11], рентгенограммы обеих ВНЧС в боковой проекции и ортопантограммы. Оценку вида и тяжести МСД ВНЧС, результатов лечения проводили согласно индекса Helkimo (1974), что позволило нам выделить пациентов с легкой степенью МСД. Известно, что доминирующая роль в формировании этой степени дисфункции ВНЧС принадлежит *мышечному компоненту* [9].

Жалобы больных заключались в ограничении экскурсии нижней челюсти, особенно после длительного отдыха, в скрежете зубами во время сна, наблюдалось затрудненное откусывание еды, дискомфорт в области ВНЧС, иногда беспокоила ноющая боль в области ВНЧС во время еды. Отмечалась незначительная боль в области ВНЧС при боковых движениях нижней челюсти, при широком открывании рта, после длительной речевой нагрузки. Беспокоила иррадиация боли в ухо (уши), в висок. Ранним симптомом МСД у пациентов было появление боли в жевательных мышцах, а через некоторое время - боль в области ВНЧС. Начало заболевания пациенты, как правило, чаще всего связывали с широким открыванием рта, откусывание твердой пищи, или с различными стоматологическими манипуляциями (лечение моляров верхней челюсти, удаление 48, 38 зубов). У всех пациентов превалировало употребление твердой пищи и одностороннее жевание. Нарушение функции сустава было опосредованно психоэмоциональным напряжением и доминирующим влиянием мышечного компонента в формировании МСД ВНЧС. В анамнезе у превалирующего количества пациентов (13 человек) отмечалась механическая травма сустава при широком открывании рта.

При объективном обследовании локального статуса выявлено нарушение конфигурации лица за счет одной из жевательных мышц в области нижнего прикрепления, ограничение экскурсии нижней челюсти до 2см. Движения нижней челюсти сопровождались тянущими болями. При пальпации и аускультации области сустава определялся суставной шум. Выявлялись неприятные ощущения при внешней пальпации области пораженного сустава. При пальпации определялась боль в жевательных и крыловидных латеральных и медиальных мышцах. В начале и в конце экскурсии нижней челюсти – ее смещение в сторону пораженного сустава на 2 - 3мм. Пальпация курковых зон была безболезненной. Проба Ильиной-Маркосян позитивна у 10 больных. Нарушение функции сустава

согласно проб № 1,2,3 по Петросову выявлено в 5 случаях. Рентгенологически у пациентов этой категории не было изменений со стороны составляющих сустава.

Для выявления и объективной оценки ответной реакции организма к окружающей среде пациентов использовали способ определения адаптационного процесса методом Гаркави Л.Х. и соавторов. (1990) [4], а также для выявления степени тревожности применили тест-опросник Рековой Л.П. (2007) [8].

Лечение больных с МСД ВНЧС проводили соответственно степени проявления дисфункциональных нарушений в ВНЧС. У больных исследуемой группы (8 человек) лечение было ориентировано на релаксацию групп жевательных мышц и перестройку миостатических рефлексов: массаж групп жевательных мышц, воротниковой зоны, режим поведения и функциональная мышечная терапия по Миняевой, Сергеевой (1989).

Известно, что достаточная нагрузка на суставы приходится именно на время сна, когда нет возможности контроля действий. С целью снижения травмирующей бесконтрольной нагрузки на ткани суставов, расслабления всех групп жевательных мышц пациентам предлагали использование двучелюстной каппы Фаррела. Режим ее применения регламентировали в основном ночным временем суток, а днем при отсутствии речевой нагрузки. С помощью каппы обеспечивали достаточное ограничение движений челюсти, разгрузку суставов.

Фонофорез гомеопатического препарата «Traumeel®S» в область жевательных мышц и ВНЧС при помощи аппарата ультразвукового терапевтического низкочастотного «Ретон®» (АУТн-01«Ретон®»). Процедуры проводили по 5 минут на трех сегментах: область собственно жевательных мышц, область нижнего прикрепления медиальных крыловидных мышц, область суставов - всего по 15 минут, 14 раз. Использовали двигательную методику введения препарата, курс повторяли через 2 недели. Продолжительность курса лечения составила 1 месяц. На конечном этапе лечения назначали самостоятельное втирание мази в зоны соответствующие фонофорезу на протяжении месяца.

«Traumeel®S» - гомеопатический, комплексный биологический лечебный состав обладает противовоспалительным, анагетическим, противоэкссудативным и иммунокорректирующим действиями. В его состав входят вещества растительного, минерального и животного происхождения, действие которых основано на активации защитных сил организма и нормализации его функций. Основными показаниями к применению препарата являются все виды травм, воспалительные и дегенеративные процессы опорно-двигательного аппарата, а также воспалительные процессы зубочелюстного аппарата [12].

Аппарат АУТн-01 «Ретон[®]» внесен в Государственный реестр Украины перечня медицинских изделий медицинского назначения №3 согласно «Дополнению №1 к Приказу Государственной службы №34 то 26 апреля 2007г». В перечне показаний к применению аппарата ультразвукового терапевтического низкочастотного АУТн-01 «Ретон[®]» – дегенеративно-дистрофические заболевания суставов с выраженным болевым синдромом. В аппарате используется соединение действия разных терапевтических частот, а основная частота воздействия находится в области так называемой β -релаксации клеточных структур мышечной ткани [5] При использовании аппарата исчезает боль, наблюдаются противовоспалительный и рассасывающий эффекты. Воздействие аппарата потенцирует фармакологическую активность лекарств и обеспечивает выраженный пролонгированный эффект.

У пациентов обеих групп психоэмоциональное состояние согласно Гаркави Л.Х. соответствовало реакции тренировки (11 человек) и активации (4 человека), то есть организм этих больных некоторое время соответственно реагировал на воздействие слабых и средней силы нервных раздражителей. Согласно тесту-опроснику Рековой Л.П. пациентов оценивали согласно шкале и получили до 28 баллов, что соответствовало низкой степени тревожности.

В схему лечения пациентов этой группы для профилактики возможного усугубления психоэмоционального состояния включали антиоксиданты, в частности эссенциальные препараты, содержащие Са и Mg (типа «Беррока», «Биовиталь», «Мультивит») [8]. Это позволило пополнить ресурсы организма, которые теряются при длительных воздействиях даже не значительных раздражителей. Продолжительность курса лечения в среднем составила 3 месяца.

Больным контрольной группы (5 человек) назначали лечебные мероприятия, направленные на релаксацию жевательных мышц и перестройку миостатического рефлекса, как и у пациентов предыдущей группы использовали каппу Фаррела в таком же режиме. Назначали фонофорез бутадионовой или индометациновой мазей на область жевательных мышц и ВНЧС при помощи аппарата ультразвукового терапевтического низкочастотного АУТн-01 «Ретон[®]», используя такой же режим введения. Время лечения составил 1,5-2 месяца. Как и в первой группе, по завершении лечения, назначали самостоятельное втирание одной или другой мази в зоны соответствующие фонофорезу на протяжении 1 месяца.

В качестве профилактики развития психоэмоционального напряжения назначали аутогенную тренировку (контролируемое само расслабление), как метод психотерапии. Эти процедуры позитивно влияли на состояние нервной системы и способствовали устранению болевого спазма жевательных мышц и дисфункции ВНЧС.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения

большинство пациентов первой группы (6 чел.) уже после 3-4 процедуры отметили значительное улучшение состояния: исчезновение затруднений при открывании рта после сна, при откусывании пищи, снижение или исчезновение чувства дискомфорта в области сустава после длительной речевой нагрузки. Объективный осмотр выявил восстановление полноценной экскурсии нижней челюсти у всех больных, полное или частичное исчезновение суставного шума. Внешняя пальпация области пораженного сустава не вызывала дискомфорта у всех пациентов. Пальпация области собственно жевательных, височных и крыловидных мышц была безболезненной. Смещение нижней челюсти в начале и в конце ее экскурсии не наблюдалось. Проба Ильиной-Маркосян и пробы 1,2,3 Петросова показали негативный результат у этих пациентов.

Отдаленные результаты наблюдений у пациентов этой группы через 1 год после окончания курса лечения свидетельствовали о стабилизации процесса. Чувство периодического незначительного напряжения в областях жевательных мышц наблюдали у 2 пациентах.

Большинство пациентов контрольной группы (4 чел.) также фиксировали снижение или исчезновение затруднений при открывании рта после сна, при откусывании пищи, снижение дискомфорта в области сустава. Один пациент отмечал периодическое появление затруднений открывания рта после длительного покоя, у 2 пациентов длительная речевая нагрузка иногда могла вызвать дискомфорт в суставе. Объективно: экскурсия нижней челюсти в полном объеме у всех пациентов, суставной шум при пальпации и аускультации - у 2 пациентов. Внешняя пальпация области пораженного сустава вызывала дискомфорт у 3 случаях. Пальпация областей собственно жевательных, височных и крыловидных мышц была чувствительной у 4, височных – у 2 больных. Смещение нижней челюсти в начале и в конце открывания рта в сторону пораженного сустава отсутствовало у 3 больных, уменьшилось в амплитуде до 1,5мм – у 3 человек. Проба Ильиной-Маркосян была негативной у 4 человек, пробы 1,2,3 Петросова – у 2 человек.

Результаты наблюдений у пациентов контрольной группы через 1 год после окончания курса лечения свидетельствуют об отсутствии каких-либо нарушений в области ВНЧС и групп жевательных мышц у 4 больных. Периодическое напряжение в областях жевательных мышц возникало 2 больных. У 1 пациента возобновились симптомы МСД.

Таким образом, включение в комплексную терапию МСД ВНЧС фонофореза гомеопатического препарата «Traumeel®S» при помощи аппарата ультразвукового терапевтического низкочастотного АУТн-01 «Ретон®» ликвидирует функциональные нарушения, как в группе жевательных мышц, так и в ВНЧС, сокращает сроки лечения и способствует долгосрочной стойкой ремиссии.

Учитывая последовательность патогенетических факторов в развитии различной степени тяжести МСД, тактика лечения у таких

пациентов должна исходить из стратегии адаптационных механизмов. При этом комплексная коррекция нарушений необходима на самых ранних сроках с учетом уровня психоэмоционального напряжения.

Комплекс лечения МСД, особенно легкой степени состоит в обеспечении полноценной миорелаксации жевательных мышц и в профилактике последствий стрессов.

Список литературы

1. Бекреев В.В. Применение чрезкожной электронейростимуляции при болевом синдроме у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Бекреев // Стоматология. - 1985.- № 5. - С. 45 - 48.
2. Волошина Л.І. Можливості корекції ноотропами репаративного остеогенезу при пошкодженнях нижньої щелепи: дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / Волошина Людмила Іванівна. – П., 1995.- 164 с.
3. Воробьев Ю.И., Лесняк В.И. Компьютерная томография в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области / Ю.И. Воробьев, В.И. Лесняк // Стоматология. - 1988.- Т.67, № 2. - С. 89 - 92.
4. Гаркави Л.Х, Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные процессы и резистентность организма. – Ростов. Издательство Ростовского Университета, 1990. – 224 с.
5. Зятиков В.Н. «РЕТОН®. Аппарат для ультразвуковой терапии / Валерий Никифорович Зятиков. – Томск, 2007. 138, [1] с. (Первоисточник)
6. Дудій П.Ф. Шляхи оптимізації поширеного рентгенологічного дослідження скронево-нижньощелепного суглобу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Рентгенологія» - Київ, 1996.- 23 с
7. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания/ Михаил Никифорович Пузин. - М.: Медицина, 1997.- 368, [1] с. (Первоисточник)
8. Рекова Л.П., Рузин Г.П., Дикий Н.П., Медведєва Е.П. Діагностика степени болевого синдрома при одонтогенных воспалительных заболеваниях и возможности его коррекции // Вісник стоматології .- 2001.- №5.- С.215-217.
9. Стоян О.Ю. Консервативні методи лікування в комплексній терапії дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.Ю. Стоян. - Полтава, 2000.- 17 [1]с.
10. Хватова В.А., Спутников А.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и методы лечения / В.А. Хватова., А.А. Спутников // Новое в стоматологии. – 1998.- №1.- С.33-42.
11. Хватова В.А. Клиническая гнатология / Валентина Александрова Хватова. - М.: Медицина, 2005.- 292 [1] с. (Первоисточник)
12. Хлобыстова Т.В. Применение гомеопатического препарата ТраумельС в лечении дисфункций височно-нижнечелюстных суставов / Т.В. Хлобыстова, Р.Ю. Шульц, Р.И. Маслихова, Н.Ф. Ткаченко // Материалы XIV конференции челюстно-лицевых хирургов [«Новые

технологии в стоматологии»], (Россия, Санкт-Петербург, 12-14 мая 2009г)
/ М-во здравоохран. и соц. Развития РФ [и др.]. Спб мед. акад. последипл.
образования, 2009.- 204 с.